



# VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

## TÁC GIẢ

**Bruce Muchnik:** Trung tâm y tế Cựu chiến binh Coatesville

**Pirindha Govender:** Viện thị giác Brien Holden

## THẨM ĐỊNH

**Ian Gutteridge:** Đại học Melbourne

## NỘI DUNG CỦA CHƯƠNG

|   |    |
|---|----|
| MỤC TIÊU .....  | 2  |
| KẾT QUẢ HỌC.....  | 2  |
| GIỚI THIỆU.....   | 2  |
| TỈ LỆ.....  | 2  |
| PHÂN LOẠI .....   | 3  |
| SINH LÍ BỆNH.....                                       | 6  |
| BỆNH SỬ.....  | 6  |
| TRIỆU CHỨNG .....                                       | 6  |
| dấu hiệu và CHẨN ĐOÁN .....                             | 7  |
| các biến chứng.....                                     | 11 |
| BỆNH TOÀN THÂN .....                                    | 12 |
| XÉT NGHIỆM CHO VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC KHÔNG U HẠT ..... | 14 |
| XÉT NGHIỆM CHO VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC U HẠT.....        | 14 |
| XÉT NGHIỆM.....   | 15 |
| ĐIỀU TRỊ .....  | 16 |
| TÀI LIỆU THAM KHẢO .....                                | 19 |



## MỤC TIÊU

Bài này nhằm đưa ra những điểm chính về chẩn đoán và điều trị viêm màng bồ đào qua việc phát triển:

- Một quy trình để đánh giá viêm màng bồ đào
- Một khung để chẩn đoán phân biệt viêm màng bồ đào
- Một cơ sở chiến lược cho điều trị viêm màng bồ đào.

## KẾT QUẢ HỌC

Sau khi hoàn thành bài này, sinh viên phải có khả năng:

- Thực hiện đánh giá chẩn đoán một người viêm màng bồ đào ở một hoặc cả 2 mắt
- Chẩn đoán phân biệt viêm màng bồ đào
- Nhận biết và chuyển đi thích hợp các trường hợp of viêm màng bồ đào
- Điều trị viêm màng bồ đào trong khuôn khổ phù hợp với phạm vi hành nghề
- Nhận biết các đặc điểm của viêm màng bồ đào trước, viêm màng bồ đào trung gian, viêm màng bồ đào sau và viêm toàn màng bồ đào.

## GIỚI THIỆU

Viêm màng bồ đào là một bệnh biểu hiện bằng nhiều thực thể bệnh khác nhau và được phân chia thành viêm màng bồ đào trước (tiền phòng), viêm màng bồ đào trung gian (dịch kính), viêm màng bồ đào sau (võng mạc hoặc hắc mạc) và viêm toàn màng bồ đào.

Viêm màng bồ đào trước (viêm mống mắt và thể mi) là hình thái thường gặp nhất của viêm màng bồ đào với tỉ lệ khác nhau ở các nước khác nhau. Bệnh chiếm khoảng 10% số mù trên toàn thế giới (Agrawal).

Viêm màng bồ đào trước có thể tương đối lành tính ở giai đoạn sớm nhưng có thể dẫn đến nặng nếu không được điều trị sớm hoặc điều trị không thích hợp.

Viêm màng bồ đào trước có thể do chấn thương hoặc bệnh toàn thân, nhưng nhiều trường hợp vô căn. Các bệnh toàn thân gắn với viêm màng bồ đào gồm: viêm cột sống dính khớp, hội chứng Reiter, viêm khớp dạng thấp, bệnh lao và các bệnh viêm ruột.

Bất kì dấu hiệu nào của bệnh kèm theo, được xác định bằng hỏi bệnh sử, các đặc điểm của viêm màng bồ đào, hoặc các dấu hiệu hoặc triệu chứng toàn thân đồng thời, đều cần được làm đầy đủ các xét nghiệm.

Viêm màng bồ đào trước vô căn thường gặp ở tuyến cơ sở và là một xem xét quan trọng trong chẩn đoán phân biệt các bệnh gây ra mắt đỏ cấp tính. Ở các trung tâm tuyến hai và tuyến ba, viêm màng bồ đào trước mạn tính có thể liên quan với các bệnh như bệnh khớp huyết thanh âm tính, viêm khớp thiếu niên vô căn và bệnh sarcoid. Các trường hợp viêm màng bồ đào sau thường gắn với bệnh toxoplasma, bệnh sarcoid và bệnh luput ban đỏ hệ thống (Rodriguez 1996).

Những bệnh nhân viêm màng bồ đào cần được khám cẩn thận và điều trị đúng, bao gồm chuyển bác sĩ để giảm thiểu nguy cơ biến chứng do viêm màng bồ đào và bệnh kèm theo.

## TỈ LỆ



Tỉ lệ hàng năm theo ước tính thay đổi ở các quần thể khác nhau. Tỉ lệ viêm màng bồ đào ở Hoa kì và phương tây hoặc các nước phát triển là 12 đến 23 trường hợp trên 100.000 người (Islam 2009). Viêm màng bồ đào trước cấp tính có tỉ lệ cao nhất, sau đó là viêm màng bồ đào trước mạn tính.

## PHÂN LOẠI

### PHÂN LOẠI THEO GIẢI PHẪU

#### *Trước*

**Viêm mống mắt:** Viêm chỉ ở giới hạn trong tiền phòng và ở mống mắt. Các tế bào chỉ thấy trong tiền phòng.

**Viêm thể mi:** Viêm chỉ ở thể mi. Tế bào thấy ở sau mống mắt khi giãn đồng tử.

**Viêm mống mắt-thể mi:** Viêm cả mống mắt và thể mi. Tế bào thấy ở cả tiền phòng và ngay sau mống mắt.

#### *Trung gian*

Thuật ngữ "viêm màng bồ đào trung gian" được dùng để mô tả vị trí của viêm ở mắt. Vùng bị viêm là phần chu vi ở trong nhãn cầu, giữa phần sau và phần trước. Thuật ngữ "viêm pars plana" và "viêm thể mi phía sau" thường dùng để mô tả loại viêm màng bồ đào này. Viêm màng bồ đào trung gian thường có viêm dịch kính.

#### *Sau*

Viêm võng mạc và/hoặc hắc mạc và biểu hiện bằng viêm hắc mạc một ổ, nhiều ổ hoặc tỏa lan, viêm hắc-võng mạc, v.v. Hiện tượng ruồi bay và rối loạn thị giác có thể có trong viêm màng bồ đào sau.

#### **Viêm toàn màng bồ đào**

Viêm các cấu trúc phần trước nhãn cầu, dịch kính và võng mạc và/hoặc hắc mạc.

**CHÚ Ý:** Khi điều trị viêm màng bồ đào ở phần sau nhãn cầu, cần xem xét các yếu tố sau:

- Khó điều trị
- Thời gian điều trị dài
- Nhiều biến chứng khác nhau có thể xảy ra
- Khả năng bệnh toàn thân kèm theo.

### PHÂN LOẠI THEO DIỄN BIẾN

#### *Khởi phát*

Tốc độ khởi phát viêm màng bồ đào có thể được phân chia thành đột ngột hoặc âm ỉ.

#### *Khoảng thời gian*

**Có hạn:** Viêm trong mắt tồn tại không quá 3 tháng.

**Kéo dài:** Tồn tại trên 3 tháng.

#### *Diễn biến*



### Viêm màng bồ đào

**Cấp tính:** Viêm màng bồ đào xuất hiện đột ngột. Nói chung, viêm càng ở phía trước (thí dụ viêm mống mắt) thì thời gian viêm càng ngắn. Nếu không được điều trị thích hợp thì bệnh có thể trở thành mạn tính.

**Mạn tính:** Viêm màng bồ đào có thể tăng và giảm trong nhiều tháng hoặc năm. Nói chung, viêm càng về phía sau (thí dụ viêm thể mi) thì tồn tại càng lâu. Trong các trường hợp viêm màng bồ đào mạn tính, cần loại trừ bệnh toàn thân kèm theo.

Với viêm màng bồ đào trung gian hoặc viêm màng bồ đào sau, có nhiều khả năng là bệnh sẽ kéo dài hơn hoặc trở thành mạn tính.

**CHÚ Ý:** Khi điều trị viêm màng bồ đào mạn tính, cần xem xét các yếu tố sau:

- Khả năng có bệnh ở phần sau nhãn cầu
- Khó điều trị
- Khả năng bệnh toàn thân kèm theo.

### PHÂN LOẠI THEO BÊN MẮT

**Một mắt:** Viêm màng bồ đào trước chỉ ở một mắt, thường cấp tính.

**Hai mắt:** Viêm màng bồ đào trước ở cả 2 mắt, nhiều khả năng có bệnh toàn thân mạn tính.

**CHÚ Ý:** Khi điều trị viêm màng bồ đào 2 mắt, cần xem xét các yếu tố sau:

- Khó điều trị
- Khả năng có bệnh toàn thân.

### PHÂN LOẠI THEO THỜI GIAN

**Lần đầu:** Viêm màng bồ đào lần đầu ở một mắt lần có nguy cơ biến chứng và nguyên nhân bệnh toàn thân thấp hơn. Nếu ở 2 mắt, vị trí càng ở phía sau, có biến chứng nội nhãn, hoặc có các triệu chứng hoặc dấu hiệu của bệnh toàn thân thì cần rất thận trọng trong điều trị bệnh nhân.

**Tái phát:** Bệnh tái phát nhiều lần. Trong một số trường hợp, viêm màng bồ đào sẽ tái phát trong tương lai hoặc trở thành mạn tính, do đó cần điều trị trong thời gian dài hơn. Mỗi đợt viêm thường được báo hiệu bằng mắt đỏ, đau, chảy nước mắt, và sợ ánh sáng. Thường mỗi lần chỉ bị một mắt, mặc dù có thể thay đổi từ mắt này sang mắt kia ở các đợt tái phát.

**CHÚ Ý:** Khi điều trị viêm màng bồ đào tái phát, cần xem xét các yếu tố sau:

- Tăng nguy cơ biến chứng
- Khả năng có bệnh toàn thân
- Khó điều trị.

### PHÂN LOẠI THEO NGUYÊN NHÂN

- **Vô căn:** Không thấy nguyên nhân hoặc bệnh liên quan. Đây là hình thái thường gặp nhất của viêm màng bồ đào trước, trong đó ít nhất 50% trong tổng số các trường hợp viêm màng bồ đào trước cấp tính xảy ra khi không có bệnh toàn thân hoặc kháng nguyên HLA dương tính.
- **Không nhiễm trùng:** Bệnh toàn thân hoặc chấn thương, bao gồm chấn thương mắt hoặc phẫu thuật mắt.
- **Nhiễm trùng:** Vi khuẩn, vi rút, nấm hoặc kí sinh trùng. Cần xác định nguyên nhân của viêm màng bồ đào có phải là nhiễm trùng hay không, bởi vì điều trị sẽ rất khác nhau.

- **Tự miễn:** Trong bệnh tự miễn một phần của cơ thể bị nhầm là tác nhân lạ. Phần đó của cơ thể bị tấn công bởi hệ thống miễn dịch của bản thân và dẫn đến viêm.

### PHÂN LOẠI THEO BỆNH LÝ (DỰA VÀO QUAN SÁT)

**Viêm màng bồ đào u hạt:** Hình thành u hạt ở các mô như mống mắt, hắc mạc, kết mạc. Biểu hiện bằng lắng đọng các kết tụ bạch cầu kích thước lớn trông giống như mỡ gọi là tủa “mỡ cừu” và có thể có ở tất cả các mô khác trong mắt. Tủa thường có nhất ở nội mô giác mạc, do đó được gọi là tủa giác mạc.

- Kèm theo các bệnh u hạt toàn thân như bệnh Lyme, bệnh giang mai, bệnh sarcoid, bệnh lao và bệnh Crohn.
- Khó điều trị hơn
- Nhiều khả năng biến chứng
- Nhiều khả năng ảnh hưởng đến các mô khác

**Viêm màng bồ đào không u hạt:** Viêm không có bản chất u hạt và tủa giác mạc nhỏ và rời rạc, thường có lymphô bào.

- Ít nguy cơ biến chứng hơn
- Dễ điều trị hơn
- Thường chỉ ở phía trước
- Các bệnh toàn thân kèm theo gồm: viêm cột sống dính khớp, bệnh Lyme và zona.

Thuật ngữ “viêm màng bồ đào sau” nghĩa là viêm phần sau của màng bồ đào, tức là viêm hắc mạc. Tuy nhiên, viêm màng bồ đào sau ít khi giới hạn ở hắc mạc do vị trí liền kề của võng mạc và hắc mạc. Viêm màng bồ đào sau thấy ở các bệnh như toxoplasma, giang mai và bệnh sarcoid.

Nếu có viêm ở pars plana thì còn gọi là viêm màng bồ đào trung gian. Viêm võng mạc thường gặp trong nhiều trường hợp viêm hắc mạc. Các trường hợp viêm võng mạc thường gây viêm dịch kính bên trên.

Trong các trường hợp viêm màng bồ đào nặng, tất cả các mô trong mắt có thể bị viêm, gọi là viêm toàn màng bồ đào. Nhiều trường hợp vô căn nhưng các nguyên nhân của viêm toàn màng bồ đào gồm bệnh lao, hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada và bệnh sarcoid.

### NGUY CƠ TƯƠNG ĐỐI DỰA THEO PHÂN LOẠI

Dựa theo các định nghĩa trên, có thể dự đoán nguy cơ tương đối của bệnh toàn thân kèm theo một trường hợp viêm màng bồ đào.

Nguy cơ ít nhất của một bệnh toàn thân xảy ra trong viêm màng bồ đào có các đặc điểm:

- Xảy ra lần đầu
- Ở một mắt
- Không nhiễm trùng
- Cấp tính
- Không phải u hạt
- Ở phần trước (thí dụ viêm mống mắt)

Nguy cơ lớn nhất một bệnh toàn thân xảy ra trong viêm màng bồ đào có các đặc điểm:

- Tái phát
- Ở 2 mắt
- Mạn tính

- U hạt
- Bệnh ở phần trước (thí dụ thể mi phía sau, pars plana, hắc mạc, võng mạc)

## SINH LÝ BỆNH

Nếu không có viêm thì tiền phòng phải không có tế bào. Viêm mống mắt gây vỡ hàng rào máu-thủy dịch, khiến cho protein và bạch cầu đa nhân đi vào tiền phòng.

Các tế bào từ thủy dịch từ mống mắt hoặc thể mi đi vào tiền phòng chủ yếu là lymphô bào, mặc dù có thể có một số lượng đáng kể bạch cầu đa nhân trung tính. Sự có mặt của bạch cầu, thậm chí một lượng nhỏ, cũng là một dấu hiệu rõ ràng của viêm màng bồ đào trước.

Tế bào sắc tố có thể có trong tiền phòng trong các trường hợp viêm màng bồ đào trước. Các tế bào này xuất phát từ lớp sắc tố mống mắt, và có thể lắng đọng trên nội mô giác mạc. Sắc tố cũng có thể được giải phóng vào tiền phòng do chấn thương mắt và phẫu thuật trước đó. Bất kì dấu hiệu nào của sắc tố trong tiền phòng hoặc trên nội mô cũng cần phải được cảnh giác khả năng hội chứng phân tán sắc tố, hoặc glôcôm sắc tố.

Protein có trong thủy dịch được gọi là vẩn đục thủy dịch, có thể thấy được bằng sinh hiển vi đèn khe. Vẩn đục thủy dịch là một dấu hiệu quan trọng của sự vỡ hàng rào máu-thủy dịch. Dấu hiệu này điển hình trong các trường hợp viêm mống mắt nặng, cấp tính, nhưng có thể có ở viêm mạn tính sau phẫu thuật mắt hoặc sau nhiều đợt viêm màng bồ đào trước.

## BỆNH SỬ

Việc khám cẩn thận và kĩ càng một bệnh nhân viêm màng bồ đào bao gồm:

- Hỏi bệnh sử đầy đủ
- Khám mắt
- Khám toàn thân
- Các xét nghiệm

Bệnh sử đầy đủ cần thiết để chẩn đoán chính xác và điều trị viêm màng bồ đào.

Bệnh sử cần khai thác bao gồm thời điểm khởi phát và tiến triển của triệu chứng, quá trình bệnh và điều trị, đặc biệt là việc điều trị corticosteroid.

Tiền sử bệnh mắt thường cho thấy các đợt tái phát của viêm màng bồ đào và đáp ứng với điều trị trước đây. Bệnh sử toàn thân chi tiết là một phần quan trọng trong điều trị bệnh nhân viêm màng bồ đào. Ngoài xem xét lại các hệ thống, cần khai thác chi tiết tiền sử nuôi thú cưng, dinh dưỡng, quan hệ tình dục và sử dụng thuốc (Agrawal).

Khởi phát của viêm màng bồ đào thường nhanh với triệu chứng bệnh nhân có sợ ánh sáng khi ngủ dậy. Bệnh nhân, hoặc người khác, thấy mắt đỏ nhanh chóng. Bệnh nhân viêm màng bồ đào trước thường đi khám sớm – thường trong vòng 24 giờ đầu.

Các bệnh nhân viêm kết mạc thường đến khám sau 3 ngày bởi vì mi mắt dính nhau vào buổi sáng. Viêm kết mạc vi rút gây ra chảy nước mắt và bệnh nhân đến khám sau khoảng 1 tuần. Các trường hợp viêm dị ứng có ngứa nhiều thường đến khám trong khoảng 2-7 ngày.

Phần lớn các trường hợp viêm màng bồ đào đến khám lần đầu là vô căn. Tuy nhiên, cần khai thác được bất kì bệnh sử và các triệu chứng nào khác kèm theo có thể chỉ ra nguyên nhân toàn thân của viêm màng bồ đào. Các bệnh toàn thân kèm theo viêm màng bồ đào gồm viêm cột sống dính khớp, bệnh xơ cứng rải rác, bệnh sarcoid, bệnh viêm ruột, bệnh lao, bệnh Behçet và bệnh luput ban đỏ hệ thống.

Cần nghĩ đến sarcoid nếu có triệu chứng phổi, bệnh viêm loét đại tràng nếu có triệu chứng tiêu hóa, và bệnh luput ban đỏ hệ thống nếu có triệu chứng cơ-xương. Nếu bệnh nhân có các dấu hiệu và triệu chứng tối thiểu, bệnh 2 mắt, phản ứng u hạt và viêm màng bồ đào phát triển về phía sau của mắt, cần xem xét các nguyên nhân toàn thân (Wills Eye Manual).

## TRIỆU CHỨNG

Triệu chứng của viêm màng bồ đào có nhiều mức độ từ không có đến rất nặng. Các triệu chứng của viêm màng bồ đào trước cấp tính gồm: sợ ánh sáng, đỏ, đau, giảm thị lực và chảy nước mắt trong khi không có tiết tố.

**Sợ ánh sáng**

Triệu chứng thường gặp nhất của bệnh nhân viêm mống mắt cấp tính là sợ ánh sáng. Đây là một triệu chứng quan trọng trong chẩn đoán viêm màng bồ đào trước. Bệnh nhân mô tả sợ ánh sáng ở nhiều mức độ từ nhẹ tới nặng. Sợ ánh sáng ít gặp hơn và nhẹ hơn trong các trường hợp viêm màng bồ đào mạn tính.

Trong viêm màng bồ đào trước, bệnh nhân thấy sợ ánh sáng khi đèn pin chiếu vào mắt không bị bệnh.

**Đau**

Đau là do viêm màng bồ đào cấp tính không chấn thương thường xảy ra sau vài giờ đến vài ngày. Thường là đau âm ỉ trong mắt, nhưng mức độ có thể từ hơi khó chịu đến đau nặng. Bệnh nhân đôi khi có đau quanh hốc mắt hoặc đau đầu do ảnh hưởng đến các nhánh của dây thần kinh số V.

Cảm giác đau/khó chịu thường tăng khi có ánh sáng và cũng xảy ra do co mống mắt và cơ thể mi.

Các trường hợp viêm màng bồ đào mạn tính ít có đau hoặc sợ ánh sáng nhẹ, trừ khi có phản ứng cấp tính (Wills Eye Manual).

**Chảy nước mắt**

Chảy nước mắt thường gặp trong viêm màng bồ đào trước cấp tính, và có thể gây giảm thị lực nhất thời. Nó thường hết khi điều trị viêm màng bồ đào.

**Nhìn mờ**

Thị lực ít khi bị ảnh hưởng bởi viêm màng bồ đào trước. Trong hầu hết các trường hợp, bệnh nhân chỉ bị nhìn hơi mờ, có thể do chảy nước mắt nhiều, tủa giác mạc, vẩn đục tiền phòng hoặc tổn thương các mô ở phía sau.

## DẤU HIỆU VÀ CHẨN ĐOÁN

Khám cẩn thận cả phần trước và phần sau nhãn cầu rất quan trọng.

Khám toàn thân thích hợp bởi bác sĩ đa khoa để loại trừ các bệnh toàn thân kèm theo quan trọng trong các trường hợp nghi có bệnh toàn thân kèm theo dựa vào bệnh sử. Viêm màng bồ đào trước có thể kèm theo các dấu hiệu của da, hô hấp, khớp, sinh dục, tiêu hóa hoặc thần kinh.

Các xét nghiệm thích hợp bao gồm:

**Khám cận lâm sàng**

Các khám nghiệm này đôi khi cần thiết, gồm siêu âm B, chụp mạch huỳnh quang, và chụp OCT để đánh giá phần sau nhãn cầu. Siêu âm sinh hiển vi hữu ích trong các trường hợp đồng tử nhỏ và nhãn áp thấp để đánh giá tình trạng thể mi và sự có mặt của các màng viêm (Agrawal).

**Xét nghiệm**

Chẩn đoán cần dựa vào bệnh sử và khám. Sau đó các xét nghiệm dùng để giúp xác định chẩn đoán. Xét nghiệm cho một bệnh nhân lần đầu viêm màng bồ đào trước phụ thuộc chủ yếu vào bệnh sử và khám. Các xét nghiệm phải nhằm loại trừ bệnh toàn thân kèm theo và nguyên nhân nhiễm trùng của viêm màng bồ đào.

Không cần xét nghiệm trong lần đầu bị viêm màng bồ đào trước không u hạt hoặc trong viêm màng bồ đào do zona và viêm mống mắt-thể mi dị sắc Fuchs (Agrawal).

**Thị lực**



Thị lực bình thường trong hầu hết các trường hợp viêm màng bồ đào trước độ nhẹ. Thị lực giảm nhẹ có thể do chảy nước mắt nhiều. Những trường hợp viêm màng bồ đào nặng hơn có thể có giảm thị lực.

### **Khám ngoại**

Mi mắt và da quanh mắt thường không bị tổn thương. Khe mi có thể hẹp do bệnh nhân thường nheo mắt để giảm sợ ánh sáng.

### **Vận nhãn**

Thường không ảnh hưởng đến các cơ ngoại nhãn và các động tác vận nhãn còn bình thường.

### **Kết mạc**

Kiểu cương tụ kết mạc kinh điển được thấy trong trường hợp viêm màng bồ đào trước cấp tính là cương tụ quanh rìa giác mạc. Cương tụ rìa này có thể 360 độ quanh giác mạc. Nó là phản ánh ở mặt kết mạc của viêm mống mắt hoặc viêm thể mi ở sâu.

Cương tụ rìa điển hình trong viêm mống mắt, nhưng có thể không có trong viêm màng bồ đào trước và viêm màng bồ đào trung gian mạn tính.

### **Giác mạc**

Dòng đối lưu được tạo ra trong tiền phòng bởi thủy dịch, nó đi lên ở gần mống mắt ấm hơn sau đó rơi xuống gần giác mạc lạnh hơn. Bạch cầu trong tiền phòng tuân hoàn theo dòng thủy dịch này, được đưa lên tiền phòng phía trên sau đó rơi xuống nội mô giác mạc ở góc phía dưới.

Bạch cầu có thể bám vào nội mô phía sau và các tế bào lắng đọng phát ra tín hiệu hóa học để thu hút các tế bào khác vào vị trí này. Tích tụ bạch cầu được gọi là tủa giác mạc. Tủa giác mạc thường tạo thành ở giác mạc phía dưới và thường có hình tam giác ngược (tam giác Arlt). Bạch cầu đa nhân trung tính, đại thực bào và lymphô bào thường thấy trong tủa giác mạc.

Hình thái tủa giác mạc giúp phân biệt viêm màng bồ đào không u hạt với viêm màng bồ đào u hạt. Tủa nhỏ tỏa lan dạng bụi ở nội mô đặc hiệu cho viêm màng bồ đào không u hạt như viêm màng bồ đào trước cấp tính liên quan HLA-B27 (Herbert).

Khi tủa lớn hơn dạng bụi và có thể tách biệt được thì là tủa u hạt. Tủa giác mạc kích thước trung bình và lớn được gọi là tủa “mỡ cừu” và trông giống như mỡ.

Cần phân biệt giữa tủa mỡ cừu mới và cũ. Tủa cũ thường ít trắng hơn, có sắc tố và ít đặc hơn ở giữa (Herbert).

Nếu một lượng đáng kể sản phẩm miễn dịch lắng đọng trên nội mô giác mạc thì có thể làm giảm chất lượng của bơm nội mô giác mạc. Sự giảm hiệu quả của bơm dẫn đến phù và đục giác mạc mà bệnh nhân mô tả là nhìn mờ hoặc nhìn đèn thấy nhiều quầng sáng. Bệnh nhân có thể mô tả như là “nhìn qua sương mù”. Bản thân tủa giác mạc có thể làm giảm thị lực nếu nằm ở trục thị giác.

Khi đã hết viêm màng bồ đào, phải nhiều tuần đến nhiều năm mới hết tủa giác mạc.

### **Tiền phòng**

**Bạch cầu** (bạch cầu đa nhân trung tính và lymphô bào) từ mống mắt hoặc thể mi bị viêm được thấy trong thủy dịch khi khám đèn khe. Sự xuất hiện các tế bào này là đặc hiệu của viêm màng bồ đào trước. Có thể phân loại theo giải phẫu viêm màng bồ đào trước dựa vào vị trí của tế bào. Bạch cầu trong tiền phòng cho biết có viêm mống mắt, nếu tiền phòng sạch nhưng tế bào ở ngay sau thể thủy tinh và trước dịch kính thì nghĩa là có viêm thể mi. Viêm mống mắt-thể mi làm cho tế bào di cư đến cả 2 vị trí. Nếu thấy tế bào ở phía sau hơn thì cần nghi ngờ có bệnh toàn thân.



**Vấn đục thủy dịch** là xuất tiết protein từ mống mắt hoặc thể mi bị viêm, là diễn hình của viêm mống mắt cấp tính và viêm mống mắt chấn thương, do đó không phải là dấu hiệu của bệnh toàn thân kèm theo. Khi nồng độ protein trong thủy dịch rất cao, chúng kết tụ và tạo thành các cục đông fibrin, một dấu hiệu thường gặp hơn trong viêm màng bồ đào không u hạt cấp tính (Herbert).

**Mủ tiền phòng** là một đáp ứng tế bào và khi số lượng tế bào rất dày đặc thì nó lắng xuống và tích tụ ở góc dưới của tiền phòng. Đây là một dấu hiệu thường thấy hơn trong viêm màng bồ đào liên quan HLA-B27, viêm màng bồ đào Behçet và viêm màng bồ đào liên quan viêm khớp thiếu niên vô căn (Herbert).

**Xuất huyết tiền phòng** là lắng đọng máu trong tiền phòng, có thể nhiều và dày đặc đến mức che lấp trực thị giác, ảnh hưởng đến thị lực của bệnh nhân.

Cần phân loại lượng tế bào và vấn đục thủy dịch (xem Bảng 3) để theo dõi tiến triển của bệnh cũng như kết quả điều trị.

| Độ  | Tế bào           | Vấn đục thủy dịch  |
|-----|------------------|--|
| 0   | < 1              | Không vấn đục thủy dịch                                    |
| ½ + | 1 – 5            |  |
| 1+  | 6 – 15           | Ít   |
| 2+  | 16 – 25          | Trung bình (còn thấy chi tiết mống mắt và thể thủy tinh)   |
| 3+  | 26 – 50          | Rõ ràng (không thấy rõ chi tiết mống mắt và thể thủy tinh) |
| 4+  | ≥ 50 (bão tuyết) | Nặng (lắng đọng fibrin, dịch đông lại)                     |

**Bảng 1.** Phân loại tế bào và vấn đục thủy dịch. Trích từ the Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group.

### Góc tiền phòng

Dính trước (mống mắt dính với giác mạc) có thể do viêm màng bồ đào. Soi góc tiền phòng là bắt buộc trong tất cả các trường hợp viêm màng bồ đào trước.

### Đồng tử

Viêm màng bồ đào trước thường gây ra co đồng tử ở bên bị bệnh. Do đó, đồng tử không đều thường có trong các trường hợp viêm màng bồ đào trước một mắt cấp tính. Co đồng tử không phải do tổn thương thần kinh mà là do các chất trung gian hóa học của viêm ở các vị trí thụ thể của cơ vòng đồng tử. Co đồng tử thường gặp trong viêm màng bồ đào cấp tính hơn là trong viêm màng bồ đào mạn tính.

### Mống mắt

Dính trước (dính giữa mống mắt chu vi phía trước và nội mô giác mạc) có thể xảy ra do phù mống mắt trong viêm màng bồ đào trước. Mống mắt phù, ở trực trước-sau, do viêm làm hẹp góc tiền phòng. Trong các trường hợp phù nhiều, góc có thể đóng và gây ra cơn glôcôm góc đóng cấp tính thứ phát do viêm mống mắt. Dính giữa mống mắt và giác mạc, hầu hết là do fibrin đóng vai trò như một keo sinh học. Có thể tách dính bằng laser hoặc phẫu thuật. Tất cả các trường hợp viêm màng bồ đào trước có tăng nhãn áp đều cần phải soi góc để khẳng định có hoặc không có dính trước.

Dính sau (dính mống mắt vào bao trước thể thủy tinh) có thể gây ra các biến chứng.

Dính thường có thể tách ra được bằng các thuốc dùng trong vòng 72 giờ đầu sau khi có dính. Nếu để quá lâu thì tách dính bằng thuốc sẽ khó hơn.

Dính mống mắt lúc đầu không ảnh hưởng nhiều đến chức năng của mắt nhưng có thể gây biến dạng đồng tử, giảm chức năng đồng tử, và ảnh hưởng thẩm mỹ. Hơn nữa, dính sau rộng có thể ở toàn bộ đồng tử dẫn đến nghẽn toàn bộ đồng tử làm cho mống mắt vòng lên. Mống mắt bị dịch tích lũy ở phía sau đẩy ra trước, do đó góc tiền phòng có thể đóng dẫn đến cơn glôcôm góc đóng cấp tính thứ phát do nghẽn đồng tử. Có thể cần cắt mống mắt chu vi bằng laser để cho phép dẫn lưu thủy dịch từ hậu phòng và phục hồi nhãn áp bình thường.

### **Viêm màng bồ đào**

2 loại nốt mống mắt có thể có trong viêm màng bồ đào u hạt. Khi nằm ở bờ đồng tử (và trên mặt mống mắt) thì chúng được gọi là nốt Koeppe, có bề mặt mịn và kích thước khác nhau từ nốt nhỏ khó thấy đến nốt lớn nổi lên thấy rõ bằng mắt thường. Khi nằm ở nhu mô mống mắt thì chúng được gọi là nốt Bussaca (Herbert).

Trong viêm màng bồ đào nặng và kéo dài, có thể xuất hiện mống mắt đỏ. Trong thực tế, nó thường là giả mống mắt đỏ có khả năng mất đi sau điều trị chống viêm. Ngay cả khi có mống mắt đỏ thực sự, nó thường ở bờ đồng tử, ít phát triển và ít tăng sinh hơn so với mống mắt đỏ do thiếu máu cục bộ. Trong viêm màng bồ đào Fuchs có teo mống mắt rộng, có thể thấy các mạch máu mống mắt và tương ứng với giả mống mắt đỏ (Herbert).

Teo mống mắt khu vực hoặc tỏa lan là một dấu hiệu đặc trưng của viêm màng bồ đào herpes hoặc zona và là một dấu hiệu giúp cho chẩn đoán (Herbert). Teo tỏa lan rất thường thấy trong viêm màng bồ đào Fuchs (Herbert).

### **Nhãn áp**

Trong viêm màng bồ đào, nhãn áp tăng hoặc giảm. Nhãn áp có thể tăng sau khi bắt đầu viêm màng bồ đào trước. Viêm trong viêm màng bồ đào làm cho bạch cầu và protein rò từ các mạch máu đi vào thủy dịch trong suốt ở tiền phòng. Các tế bào di chuyển vào góc tiền phòng gây tắc vùng bệ. Ảnh hưởng này có thể tồn tại thời gian ngắn trong một số trường hợp và không phát hiện được, bởi vì hầu hết bệnh nhân không được khám trong những giờ đầu của viêm màng bồ đào trước mà thường được khám sau 1 hoặc 2 ngày, lúc đó nhãn áp bình thường hoặc hơi hạ.

Nhãn áp thấp thường gặp trong viêm màng bồ đào ảnh hưởng đến thể mi như viêm màng bồ đào trước cấp tính không u hạt liên quan HLA-B-27- (Herbert). Nhãn áp thấp là do giảm sản xuất thủy dịch gây ra bởi viêm. Nhãn áp trở lại bình thường khi viêm giảm (Wills Eye Manual).

### **Thể thủy tinh**

Viêm màng bồ đào trước có thể góp phần gây đục thể thủy tinh. Đặc biệt viêm màng bồ đào mạn tính hoặc tái phát làm rối loạn sinh lý bình thường của thể thủy tinh dẫn đến giảm độ trong của thể thủy tinh.

Steroid nhỏ mắt dùng để điều trị viêm màng bồ đào trước có thể gây ra đục thể thủy tinh dưới bao sau.

### **Dịch kính**

Tế bào xuất hiện trong dịch kính cho biết là có viêm màng bồ đào sau. Các nguyên nhân của mờ mắt trong viêm màng bồ đào sau gồm viêm dịch kính, viêm võng mạc, viêm hắc mạc, viêm mạch máu, phù hoàng điểm, và phù đĩa thị. Tất cả các trường hợp viêm màng bồ đào trước đều phải được khám đáy mắt có giãn đồng tử để theo dõi các bệnh này. Viêm màng bồ đào ở các cấu trúc phía sau sẽ khó điều trị hơn và có nhiều nguy cơ biến chứng hơn.

Trong các trường hợp viêm màng bồ đào trung gian, bệnh nhân thường thấy hiện tượng ruồi bay và thường ở cả 2 mắt, nhưng mức độ không giống nhau. Bệnh có thể đã tồn tại một thời gian trước khi chẩn đoán bởi vì bệnh nhân không có triệu chứng. Mức độ viêm màng bồ đào trung gian khác nhau nhiều.

Các bạch cầu xuất hiện trong dịch kính có nguồn gốc từ hắc mạc, võng mạc và thể mi. Protein cũng có thể thấm vào dịch kính, gây ra mờ đục. Dịch kính mờ đục là một dấu hiệu viêm giá trị hơn so với tế bào và thấy rõ nhất khi soi đáy mắt gián tiếp. Viêm dịch kính chứng tỏ sự lan rộng về phía sau của viêm màng bồ đào. Viêm dịch kính có thể kèm theo các bệnh toàn thân như bệnh toxoplasma. Dấu hiệu kinh điển của viêm dịch kính là “đèn pha trong sương mù”. Trong các trường hợp viêm dịch kính nặng, có thể khó thấy các chi tiết đáy mắt qua dịch kính mờ đục.

### **Võng mạc**

Lắng đọng của bạch cầu kết tụ ở pars plana được gọi là “**cục tuyết**”. Dấu hiệu này có thể có trong các bệnh toàn thân như bệnh Lyme. Hình ảnh cục tuyết cũng được thấy trong viêm màng bồ đào thứ phát do lao. Hình thái viêm màng bồ đào trung gian này thường cùng tồn tại với viêm màng bồ đào trước. Hình ảnh cục tuyết được thấy rõ nhất khi khám bằng kính soi đáy mắt gián tiếp.



### *Viêm màng bồ đào*

Các mạch máu võng mạc chu vi có bao trắng là một đáp ứng viêm ở trong thành mạch. Mạch máu võng mạc có bao trắng trong viêm màng bồ đào trước có thể do bệnh toàn thân thí dụ giang mai hoặc bệnh sarcoid. Trong bệnh sarcoid, các mạch máu có thể có hình ảnh “giọt nến” kinh điển (Weisinger)

#### **Đĩa thị**

Cường tụ đĩa thị, viêm gai và phù gai có thể gặp trong viêm màng bồ đào trước. Nếu có biến đổi đĩa thị thì nhiều khả năng viêm màng bồ đào trước là do bệnh toàn thân.

#### **Hoàng điểm**

Phù hoàng điểm do viêm màng bồ đào (nếu có) sẽ gây giảm thị lực.

## **CÁC BIẾN CHỨNG**

Cần phát hiện sớm các biến chứng của viêm màng bồ đào bởi vì chúng có thể ảnh hưởng đến thị lực nhiều hơn là viêm màng bồ đào. Các biến chứng được phát hiện qua khám kĩ càng, bao giờ cũng phải khám võng mạc.

Các biến chứng ở những bệnh nhân viêm màng bồ đào bao gồm:

### **BIẾN CHỨNG CỦA VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC**

#### **a. Nhìn mờ**

Có thể do viêm nhưng cũng có thể là một vấn đề nhất thời do dùng thuốc giãn đồng tử.

#### **b. Hiện tượng ruồi bay**

Mảnh vụn của các tế bào máu bị viêm có thể được thấy trong thị trường như là những chấm hoặc vệt mỏng manh. Chúng có thể gây khó chịu hoặc đôi khi giảm thị lực đáng kể.

#### **c. Đau và đỏ dai dẳng**

Có thể là một vấn đề thậm chí sau khi đã điều trị hết vẩn đục thủy dịch và không còn viêm.

#### **d. Đục thể thủy tinh**

Những người viêm màng bồ đào dễ bị đục thể thủy tinh và ở tuổi trẻ hơn so với người bình thường. Đây là một bệnh có thể điều trị nhưng có thể phức tạp hơn ở những người viêm màng bồ đào. Ưu tiên chính là điều trị hết viêm hoàn toàn sau đó phẫu thuật đục thể thủy tinh.

#### **e. Tăng nhãn áp**

Mắt bình thường có nhãn áp được duy trì bởi sự lưu thông thủy dịch. Nếu nhãn áp tăng thì có thể gây ra glôcôm và thường điều trị bằng thuốc. Nhãn áp có thể đo dễ dàng và những bệnh nhân viêm màng bồ đào cần được theo dõi nhãn áp cẩn thận. Ở một số người, nhãn áp có thể tăng do dùng steroid nhỏ mắt.

#### **f. Dính sau**

Đôi khi mống mắt bị dính vào thể thủy tinh do quá trình viêm (dính sau). Dính có thể làm biến dạng đồng tử và gây tăng nhãn áp.



## BIẾN CHỨNG CỦA VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRUNG GIAN

Viêm màng bồ đào trung gian khác nhau rất nhiều, do đó các biến chứng kèm theo cũng khác nhau.

a. **Đục thể thủy tinh**

Là biến chứng thường gặp nhất, xảy ra ở 40% số bệnh nhân. Sử dụng steroid góp phần vào tỉ lệ này.

b. **Phù hoàng điểm**

Là biến chứng gây giảm thị lực nhiều nhất trong viêm màng bồ đào trung gian.

c. **Glôcôm**

Không thường gặp, mặc dù có một nhóm bệnh nhân đáp ứng steroid bằng tăng nhãn áp, có thể dẫn đến glôcôm.

d. **Đục dịch kính** với hiện tượng ruồi bay

Có thể là một vấn đề bởi vì có thể dẫn đến bong võng mạc nếu làm cho dịch kính co kéo lên võng mạc.

## BIẾN CHỨNG CỦA VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO SAU

a. **Phù hoàng điểm**

Có thể cấp tính hoặc mạn tính. Dịch tích tụ ở hoàng điểm có thể ảnh hưởng thị lực trung tâm. Phù hoàng điểm mạn tính có thể tồn tại trong khi không có viêm màng bồ đào và có thể điều trị bằng steroid hoặc thuốc ức chế miễn dịch.

b. **Viêm dịch kính**

Viêm màng bồ đào có thể gây ra viêm dịch kính, dẫn đến hiện tượng ruồi bay hoặc ảnh hưởng nhiều đến thị lực nếu có nhiều mảnh vụn.

c. **Tân mạch**

Đôi khi, do quá trình viêm, một số mạch máu nhỏ phát triển ở võng mạc. Các mạch máu này được sinh ra như là một phản ứng tái tạo của bản thân cơ thể đối với chấn thương, nhưng chúng không được mong muốn bởi vì mỏng manh, dễ bị rò rỉ và vỡ. Có thể điều trị bằng laser.

Đôi khi các tân mạch này tạo thành một màng dưới võng mạc, có thể điều trị bằng laser hoặc phẫu thuật cắt bỏ trong một số trường hợp.

d. **Tổn hại thị trường**

Viêm có thể dẫn đến tổn hại các vùng võng mạc gây ra ám điểm. Ám điểm có thể ở thị trường ngoại vi và không nhận thấy được nhưng nếu ở gần hoàng điểm thì ảnh hưởng nhiều đến thị lực trung tâm.

Cần nhấn mạnh rằng không phải viêm màng bồ đào lúc nào cũng trực tiếp quyết định chế độ điều trị. Đôi khi một biến chứng như glôcôm có thể trở thành vấn đề chính. Đây là lí do tại sao có nhiều điểm khác nhau trong cách điều trị bệnh nhân.

## BỆNH TOÀN THÂN



Các bệnh dưới đây cần được xem xét khi viêm màng bồ đào trước u hạt 2 mắt tái phát, phát triển ra phần sau, không đáp ứng điều trị, hoặc trở thành mạn tính:

### **Nhiễm khuẩn**

- Bệnh Lyme: Một bệnh nhiễm khuẩn do bọ ve đốt. Cần nghĩ đến bệnh này ở bất kì bệnh nhân nào có viêm màng bồ đào và phát ban
- Giang mai: Một bệnh nhiễm khuẩn qua đường tình dục có thể gây ra viêm màng bồ đào trước và phát ban
- Bệnh lao: Một nhiễm khuẩn của phổi cần nghi ngờ ở bất kì bệnh nhân nào viêm màng bồ đào có ho. Cần chụp x quang ngực.
- Nhiễm vi rút herpes: Bệnh giác mạc herpes và zona có thể gây ra viêm màng bồ đào trước
- Bệnh toxoplasma: Do nhiễm một kí sinh trùng gọi là toxoplasma gondii, được mang bởi mèo và được thải qua phân của chúng. Trẻ trong bụng mẹ có thể bị nhiễm mẹ bị nhiễm bệnh trong thời kì mang thai; nhiễm toxoplasma đôi khi có những hậu quả rất nghiêm trọng đối với sức khỏe của đứa trẻ. Nhiễm toxoplasma ít khi ảnh hưởng thị lực – hầu hết các nhiễm toxoplasma gây ra sẹo nhỏ ở phần sau nhãn cầu không ảnh hưởng đến thị lực. Tuy nhiên, sẹo có thể tái hoạt trong nhiều năm sau, gây ra những vấn đề thị lực. Thường có nhìn mờ và hiện tượng ruồi bay khi xuất hiện viêm màng bồ đào sau; mắt bệnh cũng có thể đỏ và đau bởi vì cũng có thể xảy ra viêm màng bồ đào trước.

### **Viêm**

- Bệnh sarcoid: Một bệnh viêm u hạt không rõ nguyên nhân, thường gặp hơn ở người Mỹ gốc Phi tuổi 20-40 so với người Mỹ da trắng. Nó gây ra u hạt ở các vùng bị bệnh, thí dụ phổi (chẩn đoán bằng chụp x quang ngực). Đây là một bệnh gây ra khó thở và có các cục ở da và phát ban, cũng như gây ra viêm màng bồ đào trước u hạt cấp tính hoặc mạn tính. Điều trị bệnh mắt thường phụ thuộc vào mức độ ảnh hưởng nặng ở các phần khác của cơ thể – thuốc nhỏ mắt steroid có thể đủ nếu chỉ có viêm màng bồ đào trước, nhưng có thể cần thuốc viên steroid nếu viêm ở sâu hoặc nếu có bệnh ở phần khác của cơ thể cần điều trị chống viêm.
- Bệnh Crohn: Một bệnh u hạt của ruột, bệnh này cần được nghĩ đến ở bất kì bệnh nhân nào có viêm màng bồ đào trước và đau bụng hoặc ỉa chảy

### **Bệnh collagen-mạch máu**

- Viêm cột sống dính khớp: Viêm khớp sống, khớp cùng-chậu và khoảng gian đốt sống, viêm cột sống dính khớp thường gặp nhất ở nam giới da trắng tuổi 20-40 có đau ở thắt lưng. Bệnh thường được chẩn đoán bằng chụp X quang và xét nghiệm. Viêm màng bồ đào trước cấp tính thường gặp ở những bệnh nhân viêm cột sống dính khớp không được chẩn đoán.
- Hội chứng Reiter (viêm khớp phản ứng): Là một phản ứng với nhiễm khuẩn trong cơ thể (thí dụ ruột, bộ phận sinh dục, đường tiết niệu). Thường dẫn đến viêm cổ tay, đầu gối và mắt cá chân. Thường gặp ở nam giới da trắng tuổi 20-40, với triệu chứng đau các khớp xa. Không có xét nghiệm trực tiếp cho viêm khớp phản ứng nhưng đánh giá những bệnh nhân nghi ngờ bao gồm phân tích máu và xét nghiệm, thí dụ chlamydia. Điều trị thường do bác sĩ chuyên khoa khớp.
- Viêm khớp dạng thấp thiếu niên: Viêm nhiều khớp ở trẻ em, thường gặp nhất là đầu gối. Tất cả các viêm màng bồ đào trước ở trẻ em cần phải được hội chẩn chuyên khoa khớp ngay để loại trừ viêm khớp dạng thấp thiếu niên.

Các bệnh khác kèm theo viêm màng bồ đào sau gồm:

- Bệnh Behçet
- Viêm mạch máu võng mạc vô căn
- Hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada
- Bệnh biểu mô sắc tố nhiều màng cực sau cấp tính (APMPPE)
- Viêm hắc võng mạc được cho là do histoplasma (POHS)
- Bệnh hắc mạc dạng đạn ghém (birdshot choroidopathy)
- Bệnh xơ cứng rải rác
- Nhấn viêm giao cảm



Danh sách này không đầy đủ và không có trật tự đặc biệt hoặc phân loại.

## XÉT NGHIỆM CHO VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC KHÔNG U HẠT

Herbert khuyến cáo chiến lược sau:

Trong trường hợp viêm màng bồ đào không u hạt đơn giản có fibrin hoặc mủ tiền phòng, xét nghiệm duy nhất hàng đầu cần làm là phát hiện kháng nguyên HLA-B27. **Xét nghiệm HLA-B27** được thực hiện dù là viêm chỉ ở mức trung bình. Nếu xét nghiệm này dương tính thì tránh được các xét nghiệm không cần thiết khác ở giai đoạn sau và giúp bệnh nhân và bác sĩ yên tâm biết được chẩn đoán chẩn đoán cụ thể, nhất là khi nó là một bệnh lành tính. Trong trường hợp kết quả âm tính thì không làm thêm các xét nghiệm khác.

Tuy nhiên, nên khai thác **bệnh sử có định hướng**, với sự trợ giúp của bác sĩ khoa nội hoặc khoa khớp, để cho phép phân loại bệnh tử mỉ hơn: viêm cột sống dính khớp, hội chứng Reiter, bệnh Crohn, viêm loét đại tràng hoặc đơn giản là viêm màng bồ đào HLA-B27 không có bệnh toàn thân kèm theo khi cần. Khoảng 50–55% số viêm màng bồ đào trước cấp tính không u hạt có HLA-B27 dương tính ở Châu Âu, nhưng tỉ lệ này thay đổi giữa các vùng địa lí, rất thấp ở Nhật bản. Trong 45–50% số trường hợp còn lại, chẩn đoán cụ thể khó khăn hơn.

Không cần làm thêm xét nghiệm nếu viêm màng bồ đào không u hạt có HLA-B27 âm tính, độ nặng được hạn chế, và/hoặc đáp ứng dễ dàng với điều trị corticosteroid tại chỗ.

Trong trường hợp viêm màng bồ đào trước mủ tiền phòng, cần đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng của **hội chứng Behçet**, đặc biệt loét miệng và/hoặc sinh dục, các dấu hiệu ở da như ban đỏ nốt và mụn mủ, đau khớp, viêm tắc tĩnh mạch hoặc tổn hại hệ thần kinh trung ương. Nếu nghĩ đến viêm màng bồ đào Behçet thì cần tìm kháng nguyên HLA-B51, kháng nguyên này nếu có thì là một bằng chứng thêm vào của chẩn đoán viêm màng bồ đào Behçet, nhất là ở các hình thái nhẹ của viêm màng bồ đào Behçet thấy ở người da trắng của châu Âu. Viêm màng bồ đào trước riêng lẻ do Behçet có thể xảy ra nhưng cần tìm kiếm tổn thương phần sau bằng soi đáy mắt và tốt nhất là chụp mạch huỳnh quang để tìm viêm mạch máu võng mạc.

Trong trường hợp viêm màng bồ đào không u hạt ở trẻ em (có hoặc không có bệnh giác mạc dải băng), hỏi bệnh sử cần nhằm vào **viêm khớp thiếu niên vô căn**. Có thể hoàn toàn không có triệu chứng viêm, trái ngược với các dấu hiệu nặng của viêm màng bồ đào như mủ tiền phòng và dính rộng đặc trưng của viêm màng bồ đào do viêm khớp thiếu niên vô căn. Viêm màng bồ đào thường kèm theo hình thái ít khớp của viêm khớp thiếu niên vô căn và xét nghiệm cần bao gồm kháng thể kháng nhân, kháng thể này có mặt ở tới 70% bệnh nhân viêm màng bồ đào có viêm khớp thiếu niên vô căn. Ở trẻ lớn, cũng cần kiểm tra sự có mặt của kháng nguyên HLA-B27.

Viêm màng bồ đào không u hạt 2 mắt ở trẻ em (và cả ở người lớn) cần phải tìm kiếm hoặc loại trừ **hội chứng viêm thận kẽ và viêm màng bồ đào**, một chẩn đoán thường bị bỏ sót. Cần kiểm tra chức năng thận, bắt đầu bằng định lượng creatinin huyết, đôi khi cần sinh thiết thận. Cần phân tích nước tiểu để tìm glucose niệu và định lượng beta-2-microglobulin thường cao trong hội chứng viêm thận kẽ và viêm màng bồ đào.

Ở trẻ em, viêm pars plana lúc đầu có thể biểu hiện bằng viêm phần trước rõ ràng và có thể bị nhầm với viêm màng bồ đào trước nếu không xem xét kĩ phần sau nhãn cầu.

Trong trường hợp viêm màng bồ đào trước HLA-B27 âm tính không đáp ứng hoặc trường hợp tái phát, làm các xét nghiệm giống như viêm màng bồ đào u hạt (Herbert).

## XÉT NGHIỆM CHO VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC U HẠT

Herbert khuyến cáo chiến lược sau đây:

Trước khi làm các xét nghiệm cho viêm màng bồ đào u hạt, cần **loại trừ viêm màng bồ đào Fuchs**, do bệnh này khi điển hình thì không cần xét nghiệm. Hơn nữa, điều trị corticosteroid cần hạn chế trong viêm màng bồ đào Fuchs để tránh những tác dụng phụ của một điều trị thường không tác dụng đối với quá trình viêm. Các dấu hiệu đặc trưng của viêm màng bồ đào Fuchs gồm tua giác mạc u hạt hình sao, tua thường không tích tụ ở phía dưới do trọng lực mà phân bố đồng đều trên toàn bộ mặt sau của nội mô, những nốt Koepple nhỏ ở bờ đồng tử, mạch máu ở góc tiền phòng thấy khi soi góc và không có dính sau.

Viêm màng bồ đào trước kiểu u hạt có thể xảy ra trong viêm hắc-võng mạc do toxoplasma nặng, nó cần được loại trừ bằng soi đáy mắt chi tiết.

Các test hàng đầu để chẩn đoán viêm màng bồ đào u hạt là định lượng **men chuyển angiotensin (ACE)** và **lysozyme** – các sản phẩm cho biết là có tổn thương u hạt. ACE có thể tăng bình thường ở trẻ em và mức lysozyme huyết thanh thường tăng dần lên cao hơn ở người già. Do đó cần làm cả 2 test.

Bước thứ hai là **phân biệt giữa các nguyên nhân sarcoid, lao hoặc u hạt khác**. Để phân biệt giữa bệnh lao và bệnh sarcoid, cần làm nhiều test da đo phản ứng quá mẫn muộn đối với một số kháng nguyên mà bệnh nhân người lớn phải có phản ứng bình thường (MultiMérieux® chứa các kháng nguyên tuberculin, liên cầu, bạch hầu, uốn ván, trichophyton và candida) để phát hiện vô ứng (không có đáp ứng miễn dịch bình thường đối với một kháng nguyên hoặc dị nguyên đặc biệt) – một bằng chứng chắc chắn của bệnh sarcoid.

Ở một bệnh nhân đã được tiêm phòng lao hoặc phơi nhiễm lao thì một test da PPD đã trở thành âm tính cũng có giá trị chẩn đoán như vậy. Chúng tôi thấy cũng hữu ích khi tìm hoạt hóa kháng thể đa clon, có ở 85% số bệnh nhân sarcoid và cũng thấy ở những bệnh nhân sarcoid mất. Để cho mục đích này, cần làm xét nghiệm huyết thanh 4 vi rút herpes mà hầu hết người lớn đã phơi nhiễm (herpes, zona, vi rút cự bào và Epstein-Barr). Xét nghiệm huyết thanh ELISA phát hiện sự phơi nhiễm các vi rút này và xét nghiệm cố định bổ thể để xác định hiệu giá kháng thể có tăng hay không. Hiệu giá tăng với chỉ 1 vi rút có thể cho biết nguyên nhân vi rút.

Tuy nhiên, hoạt hóa đa clon là một yếu tố bổ sung của bệnh sarcoid. Sự tăng kháng thể không đặc hiệu này là nguyên nhân của một số chẩn đoán viêm màng bồ đào nhiễm trùng dương tính giả chỉ dựa vào xét nghiệm huyết thanh, thí dụ bệnh Lyme. Xét nghiệm huyết thanh dương tính không khẳng định bệnh Lyme ở mắt. Chúng tôi theo dõi 5 trường hợp viêm màng bồ đào và một trường hợp huyết thanh Lyme dương tính có tỉ số kháng thể tiền phòng âm tính (hệ số Goldmann-Witmer), trường hợp này cuối cùng chẩn đoán là bệnh sarcoid. Những bệnh nhân có bệnh cảnh lâm sàng phù hợp và các test ACE và lysozyme dương tính và có vô ứng da thì xác suất trên 95% có bệnh sarcoid mắt.

Mặt khác, khi test da PPD tuberculin dương tính cao thì cần nghĩ đến viêm màng bồ đào u hạt do lao. Test cần làm tiếp theo là xét nghiệm giải phóng gamma-interferon kiểm tra lymphô bào máu của bệnh nhân để phát hiện lymphô bào phản ứng **in vitro** khi trộn với các protein đặc hiệu từ **trực khuẩn lao**. Khi lymphô bào của bệnh nhân giải phóng ra gamma-interferon thì nghĩa là bệnh nhân đã từng tiếp xúc với vi khuẩn và cần tích cực xét nghiệm phát hiện lao.

Xét nghiệm huyết thanh giang mai được thực hiện thường qui hoặc trong trường hợp bệnh sử dương tính. Trong trường hợp chẩn đoán không xác định, xét nghiệm huyết thanh bệnh Lyme được thực hiện với những hạn chế đã biết của giá trị huyết thanh dương tính. Viêm hắc-võng mạc do toxoplasma đôi khi biểu hiện bằng viêm màng bồ đào trước kiểu u hạt (tăng nhãn áp). Sự có mặt một ổ võng mạc chỉ rõ hướng này. Để có thể chẩn đoán, cần xét nghiệm huyết thanh toxoplasma để cho thấy sự có mặt của kháng thể IgG cho biết là trong đời bệnh nhân đã từng tiếp xúc **Toxoplasma gondii**.

Trong trường hợp test ACE/lysozyme âm tính và test da không rõ ràng, cần nghĩ đến viêm màng bồ đào herpes. Các dấu hiệu lâm sàng rất gợi ý viêm màng bồ đào herpes/zona là tăng nhãn áp và teo mỏng mắt (thấy ở cả viêm màng bồ đào do herpes và zona). Khẳng định viêm màng bồ đào trước do herpes/zona bằng xét nghiệm khi có kháng thể trong thủy dịch (hệ số Goldmann-Witmer). Tuy nhiên, chọc hút thủy dịch không được làm thường qui trong những trường hợp này mà chỉ dành cho các bệnh có nguy cơ giảm thị lực như các bệnh võng mạc hoại tử do herpes, bao gồm hoại tử võng mạc cấp tính. Nó cũng được thực hiện trong viêm màng bồ đào nghi herpes nhưng không đáp ứng với điều trị kinh điển kết hợp thuốc kháng vi rút toàn thân và steroid tại mắt để phát hiện ADN của vi rút cự bào trong thủy dịch.

Một bệnh có thể kèm theo viêm màng bồ đào trước kiểu u hạt là bệnh xơ cứng rải rác. Trong hầu hết các trường hợp, thường có các dấu hiệu phần sau như viêm quanh tĩnh mạch và viêm dịch kính (Herbert).

## XÉT NGHIỆM

Theo Bansal, những hiểu biết gần đây về các cơ chế bệnh sinh của viêm màng bồ đào đã thay đổi phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh nhân viêm màng bồ đào.

Khám sàng lọc ngẫu nhiên với đầy đủ các xét nghiệm là không cần thiết và thường cần các xét nghiệm sau đây:





- Công thức máu toàn phần
- Tốc độ lắng máu
- Phản ứng Mantoux
- Chụp x quang ngực (chụp cắt lớp nếu cần) cho bệnh lao và bệnh sarcoid
- Xét nghiệm huyết thanh giang mai (xét nghiệm ngưng kết hồng cầu ***treponema pallidum***)

Các xét nghiệm dưới đây chỉ được yêu cầu khi cần cho bệnh đặc biệt (Bansal):

- Định lượng men chuyển angiotensin cho bệnh sarcoid
- Định typ kháng nguyên HLA (B51, DR4) cho bệnh Behçet hoặc hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada
- Kháng thể kháng nhân cho viêm khớp thiếu niên vô căn
- Kháng thể bào tương kháng bạch cầu trung tính cho viêm mạch máu kèm theo bệnh u hạt Wegener
- Chụp x quang khớp cùg-chậu cho viêm cột sống dính khớp
- Kháng thể ***toxoplasma gondii***

Các xét nghiệm khác gồm:

- Phân tích nước tiểu (viêm khớp vẩy nến, protein)
- Hiệu giá Lyme
- HLA-B27 (viêm cột sống dính khớp và các bệnh khớp cột sống huyết thanh âm tính khác)

## ĐIỀU TRỊ

Cơ sở của điều trị viêm màng bồ đào như sau:

- Giảm triệu chứng của bệnh nhân
- Chống viêm
- Bảo tồn thị lực
- Ngăn chặn bệnh toàn thân
- Loại trừ bệnh nhiễm trùng

Steroid tại chỗ là trụ cột cho điều trị phần lớn các viêm màng bồ đào, nhưng steroid tiêm và steroid uống thường cần trong các trường hợp viêm màng bồ đào trung gian và viêm màng bồ đào sau. Steroid cần dùng liều mạnh để điều trị và ức chế phản ứng viêm với liều khởi đầu từ 1 giờ/lần tới 4 lần/ngày.

Điều trị viêm màng bồ đào có thể được chia thành các bước sau (Bansal):

- Chẩn đoán và điều trị tác nhân đặc hiệu
- Điều trị không đặc hiệu
- Điều trị các bệnh liên quan
- Điều trị hỗ trợ

Viêm màng bồ đào do nhiễm trùng được điều trị bằng các kháng sinh đặc hiệu (kháng vi khuẩn, kháng kí sinh trùng hoặc kháng vi rút) trong một thời gian thích hợp, có hoặc không kèm theo corticosteroid.

Trụ cột của điều trị viêm màng bồ đào không nhiễm trùng là chống viêm. Viêm toàn màng bồ đào nặng hoặc dai dẳng cần các thuốc ức chế miễn dịch (Bansal).

Điều trị tối ưu viêm màng bồ đào cần đạt được các mục tiêu sau:

- Giảm đau và khó chịu
- Ngăn chặn giảm thị lực do bệnh hoặc biến chứng

- Điều trị nguyên nhân của bệnh nếu có thể
- Giảm thiểu các tác dụng phụ

Tất cả các thuốc và các điều trị khác dùng trong viêm màng bồ đào có tác dụng mạnh và có thể có những tác dụng phụ đáng kể. Cần cân bằng các lợi ích của điều trị so với các tác dụng có hại có thể có.

Có sự khác nhau giữa các chiến lược điều trị viêm màng bồ đào sau, viêm màng bồ đào trung gian, hoặc viêm màng bồ đào trước. Sự khác nhau chính xuất phát từ việc thuốc dùng để điều trị bệnh có thể đến được vị trí viêm dễ dàng hay không.

- Trong viêm màng bồ đào trước, thuốc nhỏ mắt có thể đến được vị trí viêm.
- Trong viêm màng bồ đào trung gian, thuốc nhỏ mắt đến được vị trí viêm nhưng đôi khi người ta sử dụng đường tiêm để đưa thuốc đến chỗ cần nhất.
- Trong viêm màng bồ đào sau, thuốc nhỏ mắt không thể đến được vị trí viêm. Do đó cần cách tiếp cận khác và đây là lí do tại sao thuốc (thường là steroid) được dùng theo đường toàn thân (dạng viên).

Điều trị nội khoa cho viêm màng bồ đào trước nhằm 3 mục tiêu:

1. Mục tiêu đầu tiên và quan trọng nhất là giảm và loại trừ viêm trong mắt. Can thiệp đúng lúc làm giảm nguy cơ các biến chứng nặng như tua giác mạc nặng, đục thể thủy tinh, glôcôm, và giảm thị lực vĩnh viễn.
2. Mục tiêu thứ hai là giảm đau và giảm sợ ánh sáng kèm theo viêm màng bồ đào trước. Kích thích mắt do viêm là một mối lo ngại đáng kể và không nên bỏ qua. Giảm triệu chứng là bắt buộc trong điều trị viêm màng bồ đào. Giảm sợ ánh sáng cũng giúp cải thiện sự tuân thủ chế độ điều trị.
3. Mục tiêu thứ ba là ngăn chặn xuất hiện dính sau và/hoặc tách dính. Việc này làm giảm khả năng rối loạn vĩnh viễn chức năng đồng tử và giảm nguy cơ tăng nhãn áp và glôcôm do nghẽn đồng tử.

## Viêm

Steroid (thí dụ Prednisolone forte 1%)

Giảm đáp ứng viêm là mục tiêu quan trọng nhất của điều trị viêm màng bồ đào. Đáp ứng viêm của viêm màng bồ đào trước là không mong muốn bởi vì nó có thể dẫn đến những biến đổi vĩnh viễn ở mắt và có thể giảm thị lực.

Corticosteroid nhỏ mắt có tác dụng giảm viêm trong mắt bằng cách làm giảm tính thấm mao mạch và giảm sự di chuyển bạch cầu.

Steroid được dùng theo nhiều cách, bao gồm:

- Nhỏ mắt
- Tiêm cạnh nhãn cầu
- Dùng toàn thân qua dòng máu, bằng đường uống, tiêm tĩnh mạch hoặc truyền nhỏ giọt

Phương pháp điều trị steroid phụ thuộc vào mức độ và vị trí viêm màng bồ đào.

Steroid thuốc nhỏ mắt thường được dùng mỗi giờ một lần trong ngày đầu tiên như là liều nạp. Sau đó giảm tới thông thường và bệnh nhân được theo dõi để đánh giá hiệu quả của chế độ điều trị. Ở một thời điểm thích hợp, bắt đầu giảm liều từ từ để có thể ngừng thuốc.

Dùng steroid tại mắt làm tăng nguy cơ tăng nhãn áp, glôcôm và đục thể thủy tinh. Trong khi nhãn áp được theo dõi liên tục và điều trị khi cần, phải cân nhắc lợi ích của điều trị steroid với các nguy cơ kèm theo.

Khi dùng các thuốc hạ nhãn áp, cần thận trọng với các thuốc tương tự prostaglandin bởi vì chúng có thể làm tăng phản ứng viêm.

Ngoài ra, steroid dùng tại mắt có thể làm chậm quá trình liền vết thương hoặc biểu mô hóa, tái hoạt bệnh herpes tiềm tàng và có khả năng gây nhiễm vi khuẩn, nấm hoặc acanthamoeba. Trước khi điều trị steroid, cần loại trừ viêm giác mạc do herpes.

Nếu viêm màng bồ đào nặng thì cần tiêm hoặc uống steroid. Cyclosporin thường được dùng phối hợp với steroid tại chỗ để giảm liều steroid cần thiết hoặc nếu có những tác dụng phụ do thuốc.

Steroid tiêm chỉ nên dùng cho những bệnh nhân không có bệnh nhiễm trùng không được điều trị như giang mai, bệnh Lyme, bệnh toxoplasma hoặc bệnh lao.

Bệnh nhân cần dùng thuốc đúng cách và tiếp tục dùng trong suốt thời gian điều trị (thường ít nhất 6 tuần) và không ngừng thuốc ngay cả khi mắt cảm thấy tốt hơn. Steroid không được dùng đột ngột để tránh phản ứng tái phát.

Chắc chắn rằng bệnh nhân được theo dõi thích hợp để đảm bảo:

- Thuốc được dùng theo đúng chỉ định
- Mắt đáp ứng với điều trị sau cơn viêm màng bồ đào.

### ***Giảm sợ ánh sáng***

Liệt điều tiết (thí dụ atropine hoặc homatropine)

Sợ ánh sáng là do dòng thác sinh hóa học gây ra đáp ứng viêm của mắt. Bất kì chuyển động nào của mống mắt cũng gây ra đau. Khi mắt tiếp xúc ánh sáng, đồng tử co nhanh gây ra kích thích và đau không thể chịu đựng nổi.

Liệt điều tiết có tác dụng làm liệt cơ vòng mống mắt bằng cách dùng một thuốc liệt phó giao cảm làm cho mống mắt bất động và giãn. Ngăn mống mắt chuyển động sẽ làm giảm sợ ánh sáng, và bệnh nhân đỡ triệu chứng. Người ta thường dùng một thuốc liệt thể mi (thí dụ homatropine 5%) một hoặc vài lần/ngày trong vài ngày đến khi viêm màng bồ đào trước bắt đầu khỏi.

Đảm bảo cho bệnh nhân biết rằng giãn đồng tử không nhất thiết là hết đau. Chỉ vì bệnh nhân bị giãn đồng tử trong 1-2 ngày, tùy theo thuốc được dùng, không có nghĩa là đau sẽ giảm trong suốt thời gian này.

### ***Dính sau***

Cần giãn đồng tử (thí dụ homatropine 5%)

Homatropine nhỏ mắt làm giãn mống mắt, do đó tách dính sau và giảm nguy cơ dính mới.

### ***Tác dụng phụ***

Chế độ điều trị có thể có một số tác dụng phụ đối với bệnh nhân. Đảm bảo rằng bệnh nhân được cho biết tất cả những thông tin về tác dụng phụ của thuốc và họ biết liên hệ với bác sĩ về những lo lắng của họ về việc điều trị. Bệnh nhân cần cho biết tất cả những tác dụng phụ của chế độ điều trị viêm màng bồ đào.

Theo dõi đáp ứng với điều trị bao gồm đánh giá thị lực và mức độ tế bào và vẩn đục thủy dịch. Giảm tế bào và vẩn đục thủy dịch cho biết là có đáp ứng tích cực với chế độ điều trị. Nếu thấy phản ứng tiền phòng giảm thì có thể tiếp tục hoặc giảm thuốc, tùy theo mức độ đáp ứng ban đầu. Có thể ngừng thuốc liệt thể mi khi phản ứng tế bào giảm và không còn vẩn đục thủy dịch.

Kế hoạch khám theo dõi phụ thuộc vào mức độ viêm ban đầu, khả năng di chứng và loại điều trị. Bệnh nhân cần được theo dõi cẩn thận để phát hiện những tác dụng phụ của corticosteroid và thuốc ức chế miễn dịch.

Viêm màng bồ đào trước mạn tính cần nhỏ mắt steroid liều thấp lâu dài. Nếu bệnh nhân có tăng nhãn áp do thuốc thì cần điều trị thêm beta-blocker nếu không có chống chỉ định.



Khi tình trạng của bệnh nhân đã ổn định, cần theo dõi 1 - 6 tháng/lần. Thời gian mất yên càng dài, thì khoảng thời gian giữa các lần khám lại càng dài.

Cần cho bệnh nhân biết về bản chất nguy hiểm của viêm màng bồ đào. Tuân thủ chế độ điều trị và khám lại đầy đủ rất quan trọng để đạt được các mục tiêu điều trị. Bác sĩ điều trị cần cho bệnh nhân biết về những tác dụng phụ của việc dùng corticosteroid lâu dài (glôcôm và đục thể thủy tinh dưới bao sau). Các lời khuyên cần được ghi trong hồ sơ, và bệnh nhân cần được nhắc định kỳ trong suốt quá trình điều trị (Agrawal).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Agrawal RV, Murthy S, Sangwan V, and Biswas J. Current approach in diagnosis and management of anterior uveitis. *Indian J Ophthalmol*. 2010; 58(1): 11–19.
- American Optometric Association. Optometric Clinical Practice Guidelines: Care of the patient with anterior uveitis. 1994.
- Bansal R, Gupta V, and Gupta A. Current approach in diagnosis and management of panuveitis. *Indian J Ophthalmol*. 2010; 58(1): 45–54.
- Bartlett JD and Jaanus SD. 2008. *Clinical Ocular Pharmacology*. Elsevier Health Sciences.
- Steidl S and Hartnett ME. 2003. *Clinical pathways in vitreoretinal disease*. Theime Medical Publishers, New York.
- Biswas J. Anatomy of the uveal tract in Dutta LC (3rd edition), *Modern Ophthalmology*, Jaypee Brothers, New Dehli, 2005.
- Boros DL. 2003. *Granulomatous infections and inflammations: cellular and molecular mechanisms*. ASM Press, Washington, USA.
- Denniston AKO and Murray PI. 2006. *Oxford handbook of Ophthalmology*. Oxford University Press, New York.
- Foster CS. General Principles and philosophy in Foster CS and Vitale AT, *Diagnosis and treatment of uveitis*, WB Saunders Company, Philadelphia, 2002.
- Harper SL et al. Diagnosis of Uveitis in Foster CS and Vitale AT, *Diagnosis and treatment of uveitis*, WB Saunders Company, Philadelphia, 2002.
- Herbort CP. Appraisal, work-up and diagnosis of anterior uveitis: A practical approach. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2009; 16: 159-167.
- Huang JJ, Gaudio PA. *Ocular inflammatory disease and uveitis manual*. Philadelphia, Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins. 2010.
- Islam N, Pavesio C. Uveitis (acute anterior). *Clin Evid (Online)*. November 2009; 04:705.
- Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT. Standardization of uveitis nomenclature (SUN) for reporting clinical data -Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol*. 2005;150:509-16.
- Kabat AG in Bartlett JD and Jaanus SD. Year. *Clinical Ocular Pharmacology*.
- Michel SS and Foster CS. Definition, classification, etiology and epidemiology in Foster CS and Vitale AT, *Diagnosis and treatment of uveitis*, WB Saunders Company, Philadelphia, 2002.



*Viêm màng bồ đào*

- Rodriguez A, Calonge M, Pedroza-Seres M, Akova YA, Messmer EM, D'Amico DJ, et al. Referral patterns of uveitis in a tertiary eye care center. *Arch Ophthalmol*. May 1996;114(5):593-9. van Gelder RN and Prasad A. 2008. Review of uveitis. Slack books: USA.
- Weisinger HS, Steinfort D, Zimmet AD et al. Sarcoidosis: A case report and review. *Clin Experimental Optom*. 2006; 89: 361–7.
- Wills Eye Hospital. *The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Pa: Lippincott; 2008.